

常務理事	事務長			担当

医療費のお知らせ 再発行申請書

埼玉しんきん健康保険組合 理事長 殿

次のとおり申請します。					令和 2 年 8 月 10 日
申請者	被保険者 記号番号	1250 - 1			
	氏 名	健保 太郎	性別	男	女
	生年月日	昭和 60 年 6 月 2 日 生			
	住 所	〒350-0001 埼玉県川越市〇〇1-1-1 (電話番号 090 - 0001 - 0001)			
再発行を必要とする 診療期間	令和 2 年 1 月診療分 から 令和 2 年 3 月診療分 まで				
再発行を必要とする 理由	<input checked="" type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> その他 []				

※申請者が被保険者本人でない場合は下欄にも記載してください

同意欄	
申請者_____	(被保険者との続柄: _____)
が私の代理で「医療費のお知らせ」の再発行に関する申請を行うことに同意します。	
被保険者氏名 _____	